

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1897

THÈSE

N°
368

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le samedi 29 mai 1897, à 1 heure

Par EDMOND RIVIÈRE

Né à Trun (Orne) le 15 janvier 1868

DE L'EPICONDYALGIE

Président : M. JOFFROY, professeur.

*Juges : { MM. DIEULAFOY, professeur.
MARFAN ET ANDRÉ, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

45, Rue Racine, 45

1897

108

366

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1897

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le samedi 29 mai 1897, à 1 heure

Par EDMOND RIVIÈRE

Né à Trun (Orne) le 15 janvier 1868

DE L'EPICONDYLALGIE

Président : M. JOFFROY, professeur.

*Juges : { MM. DIEULAFOY, professeur.
MARFAN ET ANDRÉ, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1897

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	N.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	HUTINEL.
	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie.	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils.	TERRIER.
Pharmacologie.	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.	LANDOUZY
Hygiène.	PROUST.
Médecine légale.	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBENE.
Pathologie expérimentale et comparée.	CHANTEMESSE.
	POTAIN.
Clinique médicale.	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	GRANCHER.
Maladie des enfants.	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.	RAYMOND.
	TILLAX.
Clinique chirurgicale.	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchements.	TARNIER.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	GAUCHER	MARIE	SEBILEAU
ALBARRAN	GILBERT	MENETRIER	THIERRY
ANDRE	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT
BAR	TOURETTE	NETTER.	TUFFIER
BONNAIRE	GLEYS	POIRIER, chef des	VARNIER
BROCA	HARTMANN	travaux anatomi-	WALTHER
CHANTEMESSE	HEIM	ques.	WEISS
CHARRIN	LEJARS	RETTERER	WIDAL
CHASSEVANT	LETULLE	RICARD	WURTZ
DELBET	MARFAN	ROGER	

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS PARENTS

A MA MÈRE

Témoignage de vive reconnaissance et de profonde affection

A MA SCEUR ET A MON BEAU-FRÈRE

A MON NEVEU

A MES PARENTS

A TOUS MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JOFFROY

Médecin des hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur

DE L'EPICONDYLALGIE

AVANT-PROPOS

Si l'affection qui nous occupe n'a pas l'importance d'une maladie à pronostic grave, il faut néanmoins la bien connaître et cela dans un double but ; éviter des erreurs de diagnostic toujours préjudiciables aux malades, et instituer un traitement rationnel.

Aussi nous proposons-nous de passer en revue les rares travaux parus sur ce sujet et, joignant nos observations personnelles à celles déjà parues, de dégager un type clinique auquel pourront sans difficulté se rapporter tous les cas particuliers.

Avant d'aborder notre sujet, nous tenons à remercier ici publiquement nos maîtres de l'Ecole de Caen et de la faculté de Paris.

A nos maîtres de la première heure, à MM. Auvray Barette, Fayel Guillet et Nourry, professeurs à l'école de Caen, nous adressons l'expression de notre profonde re-

connaissance. Que M. le professeur Terrier, pour ses leçons si pratiques de médecine opératoire et pour la bienveillance qu'il nous a témoignée, veuille bien recevoir l'hommage de notre vive gratitude.

Nous tenons à remercier M. le D^r Paul Raymond de l'accueil bienveillant qu'il nous a fait pendant l'année passée à l'Hôtel-Dieu, dans son service de consultation, et des bons conseils qu'il n'a cessé de nous prodiguer.

Nous prions MM. les D^r Capitan et Triboulet de vouloir bien recevoir l'expression de toute notre reconnaissance pour les marques de sympathie qu'ils nous ont témoignées.

Que M. le professeur Joffroy veuille bien recevoir tous nos remerciements pour l'honneur qu'il nous a fait en daignant accepter la présidence de notre thèse.

DIVISION DU SUJET

Le premier chapitre sera consacré à l'historique de la question.

Dans le second nous passerons en revue les travaux qui ont paru sur cette affection douloureuse.

Le troisième chapitre exposera toutes les observations publiées et auxquelles seront jointes les six que nous signalons et les deux inédites de MM. Raymond et Triboulet.

Le quatrième sera réservé à la symptomatologie.

Le cinquième au diagnostic.

Le sixième à l'étiologie.

Le septième à la pathogénie et au pronostic.

Enfin dans le huitième chapitre nous exposerons le traitement.

Donc :

Chapitre I. — Historique.

Chapitre II. — Revue des travaux parus.

Chapitre III. — Observations publiées et personnelles.

Chapitre IV. — Symptomatologie.

Chapitre V. — Diagnostic.

Chapitre VI. — Etiologie.

Chapitre VII. — Pathogénie et pronostic.

Chapitre VIII. — Traitement.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE.

Sous le nom de *Névralgie professionnelle de l'épicondyle*, M. le Dr Bernhardt, professeur de neurologie à la faculté de Berlin, décrivait en 1896 une affection douloureuse déjà signalée par M. Remak.

Il en publiait déjà une trentaine d'observations, et c'est à lui que revient l'honneur d'avoir le premier bien mis en lumière les symptômes principaux de cette affection.

Au mois de septembre 1896, M. le Dr Molle d'Aubenas, dont l'attention avait été attirée sur ces observations, faisait paraître dans la *Loire Médicale* un article sur le même sujet et basé sur une dizaine de cas qu'il avait eu l'occasion d'observer.

Trois mois après la publication de cet article, M. le Dr Couderc soutenait sa thèse de doctorat devant la faculté de Bordeaux sur « *Un nouvel accident professionnel des maîtres d'armes* », déclarant que « la science ne possédait pas d'observations de ce genre. »

Enfin dans la *Revue de Médecine* du 15 février 1897, M. le Dr Féré, médecin de Bicêtre, signalait une série de

huit observations recueillies dans son service en l'espace d'un an.

Depuis un an que nous suivons régulièrement la consultation de l'Hôtel-Dieu (Service de M. le Dr Paul Raymond), il nous a été donné d'observer personnellement, six cas auxquels nous ajouterons les deux observations que MM. les Drs Paul Raymond et Triboulet ont eu l'obligeance de nous communiquer.

CHAPITRE II

REVUE DES TRAVAUX PARUS.

D'après M. le professeur Bernhardt, cette névralgie survient à la suite de fatigues, de surmenage de l'avant-bras. On la rencontre chez des violonistes et chez ceux qui écrivent beaucoup. Elle se localise toujours à l'épicondyle, souvent à la masse musculaire épicondylienne, quelquefois à la tête du radius. Elle est plus fréquente chez l'homme que chez la femme.

« Les douleurs dont se plaignent les malades, dit-il, « s'irradient de l'épicondyle vers la surface externe de « l'avant-bras et jusque dans la main, dont elles empê-
« chent les divers mouvements. Les douleurs cessent, ou
« sont considérablement atténuées, tant que le bras et sur-
« tout la main sont au repos. »

Pour M. Bernhardt, ce sont là les principaux symptômes de sa névralgie professionnelle.

Comme traitement, M. Bernhardt recommande d'abord un repos absolu, avec application au niveau de la partie douloureuse, et cela pendant plusieurs semaines de compresses humides recouvertes de taffetas. Puis, il fait de la révulsion avec de la teinture d'iode, et va même, quand la

douleur est trop intense, jusqu'à faire appliquer quelques sangsues. Enfin il conseille de mettre l'épicondyle, ou les autres parties douloureuses, en contact avec l'électrode positive d'un courant galvanique d'intensité moyenne, ou bien encore avec un pinceau faradique.

M. le Dr Molle, qui en dix-huit mois, a eu l'occasion de soigner une dizaine de cas de cette névralgie, nous donne une description exacte de l'attitude du malade, et des mouvements que provoque la douleur.

« D'habitude dit-il, le malade se présente son bras
« demi-fléchi, le coude écarté ; il désigne la région an-
« téro-externe de cet avant-bras comme le siège de
« douleurs assez vives survenant au cours des mouve-
« ments et persistant même au repos. Certains mouve-
« ments sont particulièrement douloureux par exemple
« ceux qui concourent à l'acte de la préhension le bras
« étendu. »

Dans son travail M. le Dr Molle nous entretient ensuite de la localisation de la douleur. « Quand il s'agit de dési-
« gner un siège précis de la douleur ; les malades ne sont
« jamais affirmatifs, ils montrent une région et non un
« point. C'est alors que l'exploration minutieuse vient
« lever les doutes.

Pour explorer les points douloureux M. le Dr Molle place le bras en demi-flexion et demi-pronation ; puis pressant sur l'épicondyle, il provoque chez son malade, une douleur bien localisée, très vive « qu'il n'a jamais
« ressentie en cet endroit. »

La palpation de la région antéro-externe ne détermine aucune douleur. Comme dans les observations de M. Bern-

hardt, il a constaté l'irradiation vers la cupule du radius. En un mot pour M. Molle, la douleur spontanée n'existe ni sur l'épicondyle, ni sur la cupule du Radius mais se constate seulement à la pression.

Les muscles de l'avant-bras deviennent douloureux, quand on leur fait accomplir les mouvements de préhension et d'extension.

M. le Dr Molle divise en deux catégories les malades qu'il a observés. Dans la première il range les manœuvriers, dans la seconde il classe les malades « dont la profession « n'exige pas un travail manuel considérable ».

Dans cette dernière il signale deux malades, l'un commis-voyageur, l'autre industriel « tous deux ont souvent « l'occasion de faire de longs trajets en voiture, et con-
« duisant ils aiment à user d'une façon immodérée du
« fouet, s'amusant à le faire claquer à tort et à travers,
« sont-ils peu entraînés à ce genre d'exercice? »

Dans la première catégorie, se rencontrent des malades ayant fait la gaulée des noix et la taille du mûrier. Voilà comment il décrit les mouvements :

« Pour la taille du mûrier le paysan travaille de la
« façon suivante, il monte sur son arbre, et d'une bran-
« che centrale saisie comme point d'appui de la main
« gauche, il allonge son bras droit qui armé d'un séca-
« teur va couper les branches éloignées ; ce travail dure
« parfois 10 à 15 journées consécutives ; la névralgie est
« alors constituée. Pour la gaulée des noix, la perche est
« parfois agitée, le bras droit étendu le plus loin possi-
« ble pour atteindre les derniers fruits.

Ces névralgies ne surviennent que si ce travail a été fait pendant un certain temps.

Comme M. Bernhardt, M. Molle conseille le repos et les révulsifs : pointes de feu, vésication ou siphonage au chlorure d'éthyle.

Nous allons maintenant exposer, les 14 observations publiées par MM. Couderc et Féré, les deux inédites de MM. Raymond et Triboulet, enfin les six que nous avons recueillies à la consultation de l'Hôtel-Dieu.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Thèse de M. Coudere.

R..., 37 ans, adjudant maître d'armes, au 6^e hussards. Le malade n'accuse rien dans ses antécédents héréditaires et personnels, si ce n'est quelques douleurs rhumatoïdes dans sa jeunesse.

Il y a 5 ans, à la fin d'un assaut ayant duré deux heures environ, le malade a ressenti une lourdeur et une fatigue dans l'avant-bras droit. Pendant la nuit ayant suivi l'assaut il est réveillé par une douleur très forte qui l'empêche de reprendre son sommeil. Cette douleur principalement localisée au niveau de l'épicondyle s'irradie dans la suite en arrière sur une longueur de 10 centimètres dans le sens du radius. Le malade dit avoir observé un petit gonflement au niveau du point douloureux. Cette douleur augmente à la pression.

Après cet accident le malade reste longtemps sans pouvoir faire assaut. Il continue à tenir un peu le fer, mais avec les plus grandes difficultés. La parade de seconde au fleuret, le mouvement de « prendre de flanc » au sabre, mouvements dans lesquels l'avant-bras est en pronation forcée et le poignet abaissé

fortement lui sont atrocement douloureux pendant longtemps. Le haut du fer ou une parade frappée dans le vide lui causent une douleur correspondant au point épicondylien douloureux.

Pendant trois mois, le malade use, sans succès aucun, de massages, frictions de teinture d'iode, bains de vapeur, etc., etc.

Il se décide alors à recourir à l'électricité. Il est soigné à la clinique électrothérapique à l'aide du courant électrothérapique, à l'aide du courant galvanique continu et de massages aux tampons faradiques au niveau de la partie douloureuse.

Au bout de quinze jours, c'est-à-dire après cinq ou six séances, une guérison complète est obtenue.

Pour s'assurer que sa guérison était bien effectuée, le malade se fatigua, tint la planche très longtemps sans réveiller la moindre douleur.

OBSERVATION II

R..., 37 ans, maître d'armes au 6^e hussards.

Rien à signaler dans les antécédents du malade: Il y a un mois, c'est-à-dire au commencement de juin 1896, le malade se fait une lésion tout à fait analogue à celle qu'il a eue il y a cinq ans. Après un assaut très long, il reste une grande raideur dans son avant-bras droit et une ou deux heures après, il est pris d'une vive douleur et observe un petit gonflement, ayant pour siège un point situé au niveau de l'épicondyle.

Cette douleur s'exagère très notablement à la pression et s'irradie à la face postérieure de l'avant-bras, sur un trajet de 10 à 12 centimètres suivant la direction du radius, la main étant dans la supination.

Tous les mouvements exigeant une pronation forcée et l'extension de la main sur l'avant-bras augmentent la douleur. Tou-

tefois la pronation faite doucement et sans poids dans la main demeure indolore.

Le malade ne peut soulever un poids relativement léger sans que la douleur se fasse sentir vive.

De même quand il serre son poing et surtout quand il fait une opposition assez forte entre le pouce d'une part, et l'index, et le médius de l'autre, il réveille sa douleur.

Le malade serre un peu moins de la main droite que de la main gauche. Il incrimine les parades de seconde ou de « prendre de flanc » au sabre comme étant les seules causes de sa lésion. Ces mouvements d'ailleurs lui sont complètement impossibles et quand il les essaie lui procurent les douleurs les plus aiguës.

Sensibilité à la piqure égale des deux côtés.

Venu à la clinique électrothérapique pour se faire traiter le malade est soumis dès le début à l'action du courant galvanique dont l'intensité est portée à 15 et même 20 milliampères.

Chaque séance d'électrisation a une durée de 15 minutes. A la suite de 4 de ces séances le malade essaie de reprendre la planche, mais il ne peut la tenir longtemps bien qu'il constate une amélioration notable et une douleur beaucoup moins vive.

Les mouvements de pronation et surtout ceux d'adduction et d'extension lui sont encore douloureux. La parade de sixte et toute parade frappant dans le vide occasionne de la souffrance.

A cette époque tout en continuant les applications du courant galvanique à 15 milliampères d'une durée d'un quart d'heure, il est soumis après cette première application à un badigeonnage faradique de cinq à dix minutes.

L'amélioration s'est accentuée tous les jours, et après six séances de ce nouveau traitement le malade quittait la clinique complètement guéri.

Nous l'avons revu au commencement de novembre au moment où il venait de faire un assaut de deux heures il n'accusait à la

suite de ce long exercice qu'une légère gêne qu'il ne pouvait qualifier de douleur tellement c'était peu sensible. Sa guérison ne peut donc laisser le moindre doute.

OBSERVATION III

Thèse de Couderc.

D..., adjudant maître d'armes au 144^e de ligne.

Rien à signaler dans les antécédents du malade.

Il y a 3 mois, dans le courant de juillet 1893 le malade l'affirme nettement, dans une parade de contre de quarte et frappant dans le vide, il a ressenti une violente douleur localisée à l'épicondyle qui l'obligea à cesser l'assaut. Il compare cette douleur subite à celle que doit produire un coup de fouet. Interrogé sur les autres symptômes qu'il a présentés à cette époque, le malade nous dit qu'il n'a jamais remarqué ni dépressions, ni saillie ni coloration ecchymotique en ce point.

Il accuse toutefois une exagération notable de la douleur à la pression faite sur l'épicondyle.

Cette douleur dont le maximum est nettement localisé à l'épicondyle, s'irradie dans les mouvements provoqués et quelque temps le début de la lésion à la partie postérieure le long du radius.

Les mouvements de pronation et de supination sont difficiles mais ceux d'extension et d'adduction de la main sont particulièrement douloureux.

Un poids même léger ne peut être supporté sans réveiller aussitôt la souffrance.

Quand le malade serre la main, la douleur épicondylienne se fait sentir en raison directe de l'intensité du serrement. La force est notablement diminuée dans la main droite. Pendant trois mois le malade n'a pu tenir le fer. Durant ce temps il a employé

des frictions aux baumes et huiles de toutes sortes, le massage les bains, sans en ressentir le moindre soulagement.

C'est alors que le malade est venu à la clinique électrothérapique de l'hôpital Saint-André pour se faire traiter.

Il fut soumis pendant une mois à raison de trois séances par semaine à l'action du courant galvanique et des badigeonnages faradique. Il ne peut donner de renseignements sur l'intensité des courants employés. Au bout de douze séances du traitement électrique le malade a obtenu une guérison complète.

OBSERVATION IV

Thèse de Couderc.

D..., 38 ans, adjudant maître d'armes au 144^e ligne, se présente dans le courant du mois de mai 1896 à la clinique électrothérapique de l'hôpital Saint-André.

Il raconte avoir ressenti, durant un assaut, une douleur violente et brusque dans une parade de contre de quarte. Cette douleur est nettement localisée par le malade au niveau de l'Épicondyle.

Il accuse absolument les mêmes symptômes que ceux qu'il avait présentés dans l'accident qui lui était arrivé trois ans auparavant, accident qui a fait l'objet de l'observation III.

Pas d'ecchymose, pas de gonflement. Exagération de la douleur épicondylieune à la pression.

Dans la suite irradiation de cette douleur dans les muscles postérieurs de l'avant-bras sur une longueur de 10 centimètres.

Tous les mouvements mais surtout ceux d'extension et d'adduction de la main, tout effort pour lever un poids occasionnent la douleur épicondylieune.

La main droite serre moins énergiquement que la gauche ; ce serrement éveille la souffrance du malade. Toutes les parades

faites, reçues ou frappant dans le vide répondent douloureusement au point épicondylien.

A cette époque on institue le traitement électrique à l'aide de courants galvaniques de 15 milliampères d'intensité !

Mais par suite de circonstances indépendantes de sa volonté le malade n'a pas suivi un traitement régulier. A la suite de trois ou quatre séances qui avaient donné de l'amélioration, mais non la guérison complète, le malade n'a repris son traitement électrique que deux mois après, c'est-à-dire au mois de juillet 1896.

Il est soumis de nouveau à l'action du courant galvanique d'une intensité de quinze à vingt milliampères et à des badiageonnages faradiques durant trois semaines.

A la suite de ce traitement le malade peut reprendre l'assaut, mais le point épicondylien est encore légèrement douloureux dans les mouvements brusques dans les parades sèches en frappant dans le vide.

15 novembre. — Le malade que nous avions été obligé de quitter durant le mois d'août, septembre et octobre est en ce moment-ci complètement guéri.

Ces derniers temps il a soutenu des assauts de plus d'une heure de durée sans éprouver de douleur.

OBSERVATION V

Thèse de Coudere.

H..., maître d'armes au 49^e de ligne.

Le malade a ressenti durant un assaut une douleur brusque le forçant à s'arrêter. Cette douleur est localisée au niveau de l'épicondyle. Pour lui la parade de sixte seule peut être mise en cause.

Impotence relative consécutive. Il est obligé de travailler de la main gauche pour ne pas souffrir.

La douleur se renouvelle à ladite parade et se prolonge dans l'avant-bras. L'action de verser du vin, d'agrafer le haut de la tunique réveille la douleur au point épicondyléen.

Le malade a souffert durant six mois, et à l'heure actuelle il redoute encore la parade de sixte qui est restée douloureuse.

Il a essayé un traitement varié sans résultat. Pointes de feu, douches, massages, frictions à l'huile et eau-de-vie camphrée, remède de Mérignac (panne de porc) aucun remède n'a agi.

OBSERVATION VI

Th. de Couderc.

D^r D..., à Bayonne.

A ressenti une vive douleur au niveau de l'épicondyle durant un assaut et dans une parade brusque qu'il ne peut préciser. Malgré la douleur, le travail a toujours été continué.

Plusieurs mouvements sont douloureux. La douleur nette surtout au début, au point épicondyléen s'irradie au-dessous du coude en avant et en arrière.

Difficulté à lever un poids, même léger. N'a pas remarqué de gonflement au point douloureux. La pression augmente la douleur, le malade met longtemps à guérir mais il n'a appliqué aucun traitement. La douleur s'est éteinte peu à peu.

OBSERVATION VII

M. Féré, médecin de Bicêtre.

H..., épileptique, 38 ans, sans antécédents névralgiques.

Rhumatismaux ou gouteux, se présente le 5 février 1896 se plaignant de l'impossibilité de mouvoir son bras gauche sans une violente douleur qu'il localise à la région externe du coude. La veille à la fin de la journée passée à étendre du linge il avait senti de la gêne dans ses mouvements, la sensibilité n'avait

fait qu'augmenter malgré le repos; il était incapable de travailler.

On ne constate aucune déformation, aucun changement de couleur de la peau. La pression provoque de la douleur au niveau de l'épicondyle et jusque vers la moitié du bord radial de l'avant-bras dans la direction du premier et deuxième radial externe. Il y a de temps en temps des élancements spontanés dans cette région, mais tous les mouvements de la main y retentissent douloureusement.

Les mouvements les plus particulièrement pénibles sont les mouvements d'extension directe et d'extension en abduction de la main.

La pression sur le trajet des nerfs de l'avant-bras ne provoque aucune douleur. La sensibilité cutanée ne diffère pas sensiblement de celle de l'autre côté. Le malade reste au repos mais le lendemain malgré la persistance de la douleur il demande à retourner au travail. Il peut s'employer en ménageant son bras mais les mouvements restent douloureux et le 10 juin la pression reste encore sensible au niveau de l'épicondyle surtout à la partie antérieure. Le 24 toute douleur avait disparu.

OBSERVATION VIII

M. Féré, médecin de Bicêtre.

C..., épileptique, 41 ans, s'était plaint le 22 février en rentrant du travail, d'une douleur dans le bras gauche. On me le présente le lendemain matin bien qu'il n'eût pas demandé à cesser son travail. Même douleur dans les mêmes conditions, provoquée de la même manière et sans aucune circonstance prédisposante.

La douleur spontanée et provoquée est moins intense mais plus étendue. La pression provoque de la douleur non seule-

ment sur l'épicondyle et le long des radiaux mais aussi le long de l'extenseur commun et du cubital postérieur. La malade continue son travail en ménageant son bras.

La douleur persiste à propos de mouvements pendant une douzaine de jours ; à ce moment l'épicondyle était encore douloureux dans toute son étendue. La douleur a disparu graduellement sans prédominance locale.

OBSERVATION IX

M. Féré, médecin de Bicêtre.

L..., 28 ans, épileptique, après avoir travaillé toute une matinée à étendre des draps, sentit une douleur en dehors de l'articulation du coude droit. Dans l'après-midi il se trouva occupé à manœuvrer une brouette, malgré le changement de travail, la douleur augmenta. Quand on le présenta le lendemain 8 avril, il se plaignait de souffrir dans les mouvements d'extension de la main et rotation de l'avant-bras.

Aucun changement de forme ou de couleur ; aucune douleur à la pression sur le trajet des nerfs ; sensibilité à la pression sur l'épicondyle principalement à la partie antérieure et sur la partie charnue des muscles radiaux externes : quand on appuie sur les tendons de ces muscles ; la douleur retentit à la partie supérieure de l'épicondyle. Les mouvements passifs sont aussi douloureux.

Le malade a pu continuer à travailler mais en souffrant. La sensibilité des muscles s'atténue lentement l'épicondyle était encore douloureux à la pression. Le 22 mars les mouvements se faisaient sans douleur.

OBSERVATION X

M. Féré, médecin de Bicêtre.

M..., épileptique, 32 ans, sans antécédents névralgiques, était sorti en permission le 4 octobre. Il était rentré ivre, mais le lendemain me paraissait présenter d'autres troubles que de la courbature; il fut occupé une grande partie de la journée à étendre du gros linge. Il éprouva une difficulté inusitée en étendant les avant-bras et les mains, si bien qu'il fut obligé de renoncer à son travail plutôt à cause de la fatigue qu'à cause de la douleur.

Ce n'est que dans la soirée après plusieurs heures de repos que la douleur se fit sentir non seulement à propos des mouvements mais aussi spontanément.

Il éprouvait des élancements à la partie supérieure et externe de l'avant-bras dans les masses musculaires symétriquement des deux côtés. Le lendemain l'impotence douloureuse avait augmenté, tous les mouvements de l'avant-bras et de la main étaient pénibles. Il n'y avait aucun changement de l'aspect extérieur; mais la pression était douloureuse non seulement au niveau de l'épicondyle, le long du deuxième radial externe de l'extenseur commun des doigts, de l'extenseur du petit doigt et du cubital postérieur mais aussi le long du radial externe et du long supinateur jusqu'à leurs insertions humérales. Les différentes parties étaient plus sensibles du côté gauche.

Le malade n'a pu reprendre son travail qu'au bout de 8 jours et encore était-il très gêné par la douleur à chaque contraction. La pression des muscles était encore sensible. Huit jours plus tard l'épicondyle était encore douloureux.

OBSERVATION XI

M. Féré, médecin de Bicêtre.

Mme B..., 40 ans, a eu autrefois des accidents hystériques et elle a conservé longtemps de la douleur dans le flanc gauche, douleur qui a disparu après la cessation des règles à 38 ans.

Actuellement elle ne présente aucun stigmat hystérique, elle a souffert autrefois de névralgies dentaires. Après avoir lavé à la brosse pendant une après-midi exposée à un courant d'air elle sentit une douleur dans la région externe du coude gauche. Les mouvements d'extension de la main étaient douloureux. Quand elle se présente le lendemain à la consultation 14 avril 1896, elle tient ses doigts demi-fléchis, la main légèrement étendue; l'extenseur commun, l'extenseur du petit doigt et le cubital postérieur sont sensibles à la pression, principalement à quelques centimètres de leur insertion supérieure et l'épicondyle est lui-même douloureux. Il suffit de corriger l'extension de la main pour provoquer de la douleur à la partie supérieure des muscles indiqués. La malade affirmant qu'elle allait devenir paralysée se lamentait, au lieu de se borner à lui conseiller un repos relatif on lui recommanda le repos complet et les onctions avec la pommade belladonnée.

Elle guérit en une quinzaine de jours comme les autres malades.

OBSERVATION XII

M. Féré, médecin de Bicêtre.

Madame C..., 29 ans, sans antécédents névropathiques ni arthritiques, est employée à la lingerie depuis trois ans. Elle a souvent porté de lourdes charges sur les bras et n'a

jamais été atteinte de rien qui ressemble à la douleur actuelle.

On avait placé sur ses avant-bras fléchis en supination les mains formant crochet, une certaine quantité d'alèzes. La personne qui la chargeait était placée sur une échelle et disposait de haut les pièces de linge ; le chargement était encore incomplet lorsqu'elle dut monter pour prendre le linge dans un casier plus élevé, au lieu de le déposer doucement sur la partie supérieure de la charge elle jeta un paquet d'alèzes. La malade éprouva un choc douloureux au-dessous des coudes ; mais elle ne lâcha pas prise et put porter sa charge à destination à l'autre extrémité de la salle.

Quand elle fut débarrassée de son fardeau la douleur n'avait pas disparu, elle dut renoncer au travail parce que les mouvements de flexion de l'avant-bras étaient trop pénibles. Le lendemain, 3 avril, lorsqu'elle fut amenée dans le service, la douleur avait diminué, elle pouvait faire des mouvements de flexion et d'extension sans trop de gêne et à l'état de repos, il ne restait qu'une sensation locale de tension au-dessous du pli du coude. Il n'existe aucune modification extérieure, c'est le mouvement de supination qui est pénible. La pression des muscles fléchisseurs n'est pas sensible. Celle du long supinateur est plus sensible que celle du côté opposé mais ne frapperait pas l'attention. Aucune sensibilité sur le trajet des nerfs. L'épicondyle n'est que peu sensible mais la pression profonde directement au-dessous du condyle de l'humérus au-dessous et en dehors de la tubérosité occipitale du radius et en dehors le pourtour de la tête du radius est extrêmement douloureux.

La douleur s'étend en bas sous le long supinateur dans une étendue de 5 à 6 centimètres. Si on serre transversalement le long supinateur, il est à peine sensible. Les mêmes phénomènes existent des deux côtés mais bien plus marqués à gauche. Quand

La malade est revenue le 14 avril, la douleur à la pression avait disparu, elle avait repris le travail le lundi 6.

OBSERVATION XIII

M. Féré, médecin de Bicêtre.

Mme J..., 47 ans, sans antécédents névropathiques ou arthritiques, souffrait depuis plusieurs mois de troubles annonçant la ménopause. Le 7 mai, elle avait dû cesser son travail à la suite d'une hémorrhagie utérine abondante. Lorsqu'elle le reprit le 11, elle se sentait très lasse, mais elle continua à exécuter les travaux dont elle avait l'habitude.

Après avoir porté un certain nombre de charges sur les avant-bras dans l'attitude déjà signalée, elle sentit une douleur à la région externe du coude gauche. Elle ne quitta pas la lingerie mais s'occupait à d'autres travaux. La douleur calmée par le repos, persistait dans les mouvements de supination. Le lendemain, l'impotence douloureuse avait augmenté bien qu'il n'existât plus aucune douleur spontanée. Elle avait de la douleur sur toute l'étendue du corps charnu du long supinateur et du premier radial externe; la pression sur les tendons de ces deux muscles réveillait la douleur. Mais la pression était particulièrement pénible profondément au-dessous du condyle de l'humérus et en dehors de la tubérosité bicipitale du radius. L'épicondyle était peu sensible sauf un peu en avant; le pourtour de la tête du radius l'est beaucoup plus. La douleur a disparu sans traitement et avec un repos relatif après 17 jours.

OBSERVATION XIV

M. Féré, médecin de Bicêtre.

B..., 48 ans, épileptique, asthmatique eczémateux, chauve, sujet à des douleurs musculaires, est employé à la salle de

pliage de la buanderie ; accidentellement, il est employé à porter du linge. Le 11 juillet, il portait une charge de linge sur les avant-bras en supination quand il fit un faux pas ; dans l'effort qu'il fit pour se redresser, il sentit une douleur violente en avant de l'articulation du coude droit, et laissa tomber sa charge.

Le lendemain il est dans le même état qu'après l'accident, incapable de bouger l'avant-bras à cause de la douleur au moindre mouvement. La douleur siège immédiatement en avant de la partie interne de l'articulation du coude, la pression sur ce point est très douloureuse, elle l'est aussi autour de la tête radiale et très légèrement en avant de l'épicondyle. Le long supinateur peu sensible. Aucune douleur sur le trajet des nerfs. Le malade a été surveillé. Chaque jour on s'attendait à voir survenir une ecchymose ayant porté le diagnostic de rupture musculaire du court supinateur. Mais on n'observa aucun changement de couleur ni d'aspect. Les mouvements sont restés douloureux pendant plus de six semaines, cependant quand je quittai le service le 29 août 1896 il n'y avait plus de douleur à la pression aux points indiqués.

OBSERVATION XV (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Dr Triboulet).

M. F. T..., 38 ans, de bonne constitution, sans antécédents rhumatismaux héréditaires ou personnels.

Pas de traumatisme, pas d'efforts prolongés ou violents, pas, de refroidissements (bras droit).

Progressivement douleur et gêne fonctionnelle pour certains mouvements ; en particulier, mouvements de préhension avec effort. La sensation douloureuse d'abord intermittente devient

permanente à la suite d'une fatigue légère ; la malade ayant eu à transporter à une faible distance une valise assez lourde.

Depuis ce jour il s'établit une différence très nette entre les mouvements de pronation qui sont indolores, et ceux de supination qui sont franchement pénibles. Le malade rend bien compte de ses sensations, il peut aisément ouvrir une serrure de droite à gauche, il se trouve arrêté, au contraire pour le mouvement en sens inverse. La douleur spontanée se montre plus fréquente ; le malade s'en plaint deux ou trois nuits de suite et se décide alors à consulter.

A l'examen, rien de spécial, pas de gonflement, pas de rougeur. La palpation est indolente sauf en un point ; et comme le sujet est très maigre il est facile de reconnaître que ce point répond exactement à la partie antérieure et latérale de la tête de l'épicondyle, c'est encore exactement au même endroit que les mouvements de supination réveillent de la douleur. Ces mouvements sont d'ailleurs très libres et on ne constate ni raideur ni craquements articulaires.

Le malade pratique pendant huit jours de suite l'enveloppement ouaté humide de la région sensible durant toute la nuit sans éprouver aucune amélioration. L'antipyrine, le salicylate de soude et l'exalgine restent sans effet. Au contraire les frictions excitantes avec le liniment volatil camphré ammoniacal, suivies de massage amènent une détente et la guérison définitive.

Janvier 1897.

OBSERVATION XVI (inédite).

Due à l'obligeance de M. le Dr Paul Raymond.

Au mois d'octobre je fus prié d'examiner un cocher qui se plaignait : 1° d'une douleur spontanée au niveau de l'épicondyle

au côté gauche et de la masse musculaire qui s'y insère ;
2° d'une impossibilité absolue de relever le pouce du même côté.

Cet homme raconte qu'il est cocher de maison bourgeoise, qu'il conduit deux chevaux vifs, qu'il a eu fort affaire aux dernières vacances et que vers la fin du mois de septembre il a été pris de parésie de l'extenseur du pouce en même temps que de sa douleur à la région épicondylieune.

On ne trouve aucune trace dans ses antécédents, ni aucune maladie. Cet homme est vigoureux, dans la force de l'âge. Il conduit ses chevaux sans jamais passer les guides sur son avant-bras, mais en raison de leur allure il les a toujours « en main ». Il est fort gêné de cette parésie de l'extenseur du pouce qui l'empêche non seulement de conduire mais aussi de porter les sceaux d'eau dont il a besoin.

J'apprends aussi qu'il a fait fréquemment claquer son fouet aussi bien en se servant de la main droite que de la main gauche.

A l'examen on ne constate rien d'anormal du côté de la musculature de l'avant-bras.

Le pouce du côté gauche est demi-fléchi et ce n'est qu'avec la plus grande difficulté que le malade ébauche un mouvement d'extension. D'autre part il ne le porte que très difficilement vers le petit doigt et les mouvements d'opposition sont presque aussi difficiles que ceux d'extension.

La masse même du muscle extenseur de même que son tendon ne sont aucunement sensibles. Au niveau de l'épicondyle la pression exagère la douleur que le malade y accuse, de même que sur les muscles épicondylieus.

Le malade présente un peu de diminution de la sensibilité au niveau des dernières phalanges de chaque main. Je cherche les antécédents d'intoxication alcoolique, saturnisme, etc., et je suis forcé de les éliminer.

J'écarte de même toute idée de névralgie brachiale et j'arrive à l'idée de parésie musculaire à la suite de mouvements exagérés de l'extenseur du pouce, mais je n'explique pas la douleur de l'épicondyle ni de la masse musculaire qui s'y attache.

Comme traitement : Douches sulfureuses, massage, repos musculaire. Mouche de Milan sur l'épicondyle.

Ce n'est qu'au mois de décembre en lisant l'analyse du travail de M. Molle, que je portai le vrai diagnostic et que je recherchai ces cas beaucoup plus fréquents qu'on ne le croirait.

OBSERVATION XVII (personnelle).

Recueillie dans le service de consultation de M. le Dr Paul Raymond.

B..., 45 ans, peintre en bâtiments. Les antécédents héréditaires n'offrent rien de particulier. Comme antécédent personnel, il a eu la syphilis à 25 ans.

Ce malade vient à la consultation de l'Hôtel-Dieu, se plaignant d'une douleur spontanée qu'il localise très exactement lui-même à l'épicondyle avec irradiations à l'avant-bras.

A la vue, pas de rougeur limitée ou généralisée à l'articulation du coude, pas de gonflement, pas de déformation. Au palper, cette douleur qui est ressentie spontanément s'exaspère même sous une pression légère.

Pas de raideur dans l'articulation du coude, pas de craquements.

La sensibilité de tout son avant-bras est intacte.

Rien d'anormal du côté de la sensibilité, au toucher, à la chaleur. On constate, et cela d'une façon appréciable, en se faisant serrer simultanément les mains par celles du malade, qu'il existe une diminution de force musculaire du côté douloureux.

Le malade accuse une impotence fonctionnelle de l'avant-bras suffisante pour lui enlever toute assurance, quand il est forcé de se maintenir dans son échelle avec ce bras.

On constate encore une certaine difficulté dans l'opposition de son pouce avec l'annulaire et le petit doigt.

Le malade ne peut exercer qu'une pression très légère entre ces doigts et bien inférieure à celle du côté opposé. La douleur survient surtout dans les mouvements d'extension de l'avant-bras avec préhension, mouvements qu'il fait du bras gauche quand, monté dans son échelle et penché en dehors d'elle, il peint du bras droit à une certaine distance.

Ce malade se plaint de sa douleur depuis trois mois, et elle est arrivée à un degré tel d'acuité spontanément, et au moindre mouvement, qu'il s'est vu forcé d'interrompre son travail pendant quelque temps.

OBSERVATION XVIII (personnelle).

Recueillie dans le service de consultation de M. le Dr Paul
Raymond.

Mme H..., 35 ans, femme très nerveuse, souffre très souvent de douleurs rhumatismales. Elle se présente à la consultation le bras droit demi-fléchi et légèrement écarté du corps. Elle accuse une douleur très vive et spontanée s'irradiant sur la région antéro-externe de l'avant-bras et s'exaltant sous l'influence de certains mouvements. Cette douleur a son siège le plus intense sur l'épicondyle. La malade que l'on interroge sur le siège exact le localise d'une façon précise, juste sur l'extrémité épicondylieune.

A l'examen l'avant-bras paraît normal, pas de rougeur limitée ou généralisée, pas de gonflement, aucune déformation.

Une pression si légère qu'elle soit sur l'épicondyle détermine

une très vive douleur. Nous ne trouvons aucune raideur, aucun craquement articulaire. La sensibilité à la douleur au froid, au toucher est conservée.

Chez cette malade comme dans nos autres observations nous avons constaté une diminution notable de la force musculaire du côté malade. D'où une certaine impotence fonctionnelle qui la force à se servir du bras gauche.

Cette femme est placière. Depuis 8 heures du matin jusqu'à midi et depuis une heure jusqu'à 8 heures tenant dans sa main la poignée d'une boîte, le bras en extension, elle porte la valeur de 4 kilogrammes, et cela chaque jour depuis de nombreuses années. Elle a été prise de cette douleur il y a à peu près six mois ; douleur qu'elle a conservée depuis, peut-être moins intense mais suffisamment forte pour l'obliger à se servir encore de sa main gauche.

Elle semble ne porter qu'une attention secondaire à cette impotence fonctionnelle n'attribuant d'importance qu'à la douleur de l'épicondyle.

Comme dans l'observation précédente le pouce ne s'oppose que très faiblement à l'annulaire et au petit doigt.

Plusieurs fois elle a consulté. Elle prit du salicylate de soude ; de l'antipyrine, puis on lui a fait de la révulsion, vésicatoire, pointes de feu. Tout cela en vain.

Nous lui avons alors recommandé le repos et le massage, sur lequel nous reviendrons au sujet du traitement.

OBSERVATION XIX (Personnelle)

(Recueillie dans le service de consultation de M. le Dr Paul Raymond à l'Hôtel-Dieu).

Emile D..., 15 ans. Garçon marchand de vin.

Antécédents héréditaires. — Le père a eu plusieurs attaques de rhumatismes. La mère a de fréquentes névralgies.

Le malade est venu le 21 mars à la consultation de l'Hôtel-Dieu se plaignant de troubles cardiaques (il a un rétrécissement mitral) et d'une douleur dans le bras gauche siégeant sur l'épicondyle et se produisant à l'occasion de certains mouvements.

Spontanément il n'éprouve rien quand son bras est au repos.

Il n'a fait aucun effort violent, n'a pas eu de traumatismes sur le bras mais a fréquemment les mains dans l'eau.

Son travail consiste à rincer les verres et à les placer sur une planche située au-dessus de sa tête. Pour accomplir cette deuxième partie de son travail il se servait de son bras gauche et pour cela faisait des mouvements d'extension et de préhension.

Cette douleur est survenue un mois après son entrée en service. Il existe une différence très appréciable dans la force musculaire des deux bras, que l'on peut facilement constater en lui faisant serrer simultanément les deux mains qu'on lui tend. Sensibilités intactes.

A l'examen on ne voit ni rougeur, ni gonflement. La palpation de son avant-bras est indolente. Mais les muscles épicondyliens viennent-ils à se contracter que la douleur apparaît intense sur l'épicondyle.

On ne constate chez lui qu'une très faible différence dans l'opposition du pouce avec les deux derniers doigts.

Nous l'avons soumis au traitement. Repos et massage. Au bout du dixième jour sa douleur avait disparu et il pouvait se servir de son bras sans difficulté.

OBSERVATION XX (personnelle).

Recueillie dans le service de consultation de M. le Dr Paul Raymond
à l'Hôtel-Dieu.

Berthe G..., 28 ans. Trieuse de légumes secs.

Antécédents héréditaires. — Une sœur a eu des douleurs articulaires. Un frère de 24 ans a eu une coxalgie.

Antécédents personnels. — Il y a sept ans elle a eu des douleurs articulaires au même bras qui est malade aujourd'hui.

Elle a été soignée à l'hôpital pendant trois mois pour cette affection qui s'est uniquement localisée au bras droit.

Il y a huit ans, elle a eu la syphilis puis successivement fit trois fausses couches de trois mois. Il y a eu un an au mois de décembre dernier 1896 qu'elle est trieuse de pois secs, métier qui exige des mouvements peu violents mais répétés. Ils consistent à étendre l'avant-bras avec préhension, pronation et supination.

Elle commença par éprouver de la fatigue dans le pouce droit. Dans l'espace de huit jours l'avant-bras fut pris et la douleur à l'épicondyle apparut. Son état reste stationnaire jusqu'au 10 mars où elle revint à la consultation de l'Hôtel-Dieu.

A l'examen cette femme paraît bien portante, est bien constituée. Son bras droit n'est ni gonflé ni atrophié. Il a la grosseur de l'autre. Au repos elle éprouve une sensation de gêne dans l'avant-bras mais la douleur est peu intense et plutôt sourde. Elle ne se réveille véritablement qu'à la suite d'un mouvement. Elle va du pouce qui ne peut plus faire de mouvements d'opposition, de circumduction jusqu'à l'épicondyle qui est extrêmement douloureux à la pression. Cette douleur s'étend à la tête du radius.

On constate chez elle une diminution de forces notable du côté malade.

OBSERVATION XXI (personnelle).

Recueillie dans le service de consultation de M. le Dr Paul Raymond.

D..., 22 ans, corroyeur.

Antécédents héréditaires. — Le père a des douleurs rhumatismales, la mère a souvent des migraines.

Il travaille spécialement du bras droit. Il fait avec le couteau qui sert à gratter les peaux des mouvements d'extension avec préhension forcée.

Il se plaint de douleurs et d'inaptitude au travail. La douleur commence dans le pouce et suivant les muscles épicondyliens va jusqu'à l'épicondyle où il localise fort bien de lui-même le siège de sa douleur.

Le bras droit qui par suite de l'exercice est le plus développé, est bien moins fort que le gauche. Il serre bien moins de la main droite que de la gauche. Quand on le fait serrer, il ressent une douleur très vive à l'épicondyle. Les sensibilités sont toutes conservées.

OBSERVATION XXII (personnelle).

Recueillie dans le service de consultation de M. le Dr Paul Raymond
à l'Hôtel-Dieu.

Elias R..., 38 ans, cordonnier.

Antécédents personnels. — A eu la syphilis.

Il est venu consulter à l'Hôtel-Dieu pour une douleur qu'il

avait dans la région antéro-externe de l'avant-bras droit douleur résultant sous l'action des mouvements qu'il est obligé de faire pour frapper avec son marteau.

La douleur à l'épicondyle est chez lui spontanée, et il nous dit : « C'est surtout là que j'ai mal. » A la pression on la rend très vive.

La différence de force entre les deux bras est considérable quand il serre.

L'opposition de son pouce avec les deux derniers doigts est à peu près intacte.

On trouve son avant-bras normal. Pas de rougeur, pas de gonflement. Les sensibilités sont toutes conservées.

Il n'a fait aucun effort brusque, n'a reçu aucun traumatisme sur l'avant-bras.

CHAPITRE IV

SYMPTOMATOLOGIE

Après avoir analysé les travaux de MM. Bernhardt et Molle, rapporté les cas de MM. Couderc et Féré, et exposé nos observations personnelles, nous allons essayer de dégager les principaux symptômes constitutifs de cette affection douloureuse.

Le premier qui nous frappe est ce symptôme douloureux que nous retrouvons dans toutes les observations et toujours localisé à l'épicondyle. Nous l'appellerons avec M. Féré *Epicondylalgie* de préférence au terme de névralgie épicondylienne qui lui a été donné et qui laisse supposer qu'un nerf important est intéressé.

Ce signe a la plus grande valeur ; à lui seul il suffit à mettre sur la voie du diagnostic. C'est un véritable *signe pathognomonique*.

L'épicondylalgie se manifeste de différentes façons : elle peut être spontanée, exister seulement à la pression ou bien encore être consécutive à la contraction des muscles épicondyliens.

Spontanée nous la trouvons dans les observations de MM. Couderc et Féré ainsi que dans plusieurs des nôtres.

Comme nous allons le voir plus loin, cette spontanéité se rencontre aussi bien dans les cas d'épicondylalgie subite que dans ceux qui sont le résultat d'une fatigue musculaire lente mais persistante de l'avant-bras. Le malade en venant consulter accuse une douleur parfois assez vive, existant sans contraction des muscles, et qu'il localise d'une façon très précise à l'extrémité de l'épicondyle.

La douleur parfois n'est pas spontanée et ne se trouve qu'à la pression, ainsi qu'en font foi les observations de M. le Dr Molle. Jamais il ne l'a vue spontanée ce qui lui fait dire que les malades, si on les interroge sur la localisation de la douleur, ne peuvent indiquer un siège précis. Ils montrent une région et non un point.

« Si l'on exerce, dit-il, une pression assez forte sur l'épi-
« condyle, le malade est tout étonné de ressentir une
« douleur locale très vive qu'il n'a jamais ressentie spon-
« tanément en cet endroit : au contraire toute palpation
« dans la région antérieure externe de l'avant-bras, siège
« habituel des douleurs spontanées, ne réveille aucune
« sensation désagréable : »

Si M. Molle ne signale pas cette douleur spontanée certainement ses malades ne la présentaient pas ; car ceux-ci sont assez explicites sur la spontanéité de leur **douleur**. Tout malade en venant consulter dit : « Tout mon mal est là » et en même temps il place son doigt exactement sur l'extrémité de l'épicondyle.

Si la douleur à la pression peut être dans certains cas la seule manifestation de l'épicondylalgie, par contre la douleur spontanée s'accompagne toujours de douleur à la pression.

Enfin que l'algie soit spontanée, ou qu'elle soit le résultat de la pression, dans un cas comme dans l'autre, elle se produit toujours à l'occasion des contractions de la masse musculaire épicondylienne.

Cette épicondylalgie semble s'irradier à la région antéro-externe de l'avant-bras, quelquefois aussisur la tête du Radius et jusque dans la main. A la pression comme le fait remarquer justement M. Molle les muscles sont indolores mais viennent-ils à se contracter, la douleur apparaît et retentit sur l'épicondyle.

A l'inspection de l'avant-bras on ne trouve ni déformation ni gonflement, aucun changement de couleur l'aspect de l'articulation est normal. Rien en un mot ne peut faire supposer une altération quelconque de la région du coude. Ce sont là des signes négatifs accessoires, mais précieux, et qui ont leur importance comme nous le verrons au chapitre du diagnostic.

Après le signe pathognomonique, nous trouvons un autre symptôme très important. Quand, voulant faire contracter les muscles de l'avant-bras, on prie le malade de serrer fortement la main qu'on lui tend, on est frappé du peu de force qu'il développe, et comparant avec le côté sain on constate une différence très appréciable. Aucune des observations ne relate ce fait. Nous l'avons constaté d'une façon constante chez tous nos malades. Nous considérons cette diminution notable de la force musculaire comme un excellent signe.

Nous avons également signalé dans 5 de nos observations une certaine difficulté dans l'opposition du pouce avec l'annulaire et le petit doigt.

Cette impotence fonctionnelle jointe à l'épicondylalgie mettent les malades dans la nécessité absolue de supprimer tout travail du membre.

Il est un troisième symptôme dont la valeur au point de vue du diagnostic est considérable. C'est la localisation dans certains muscles de cette affection douloureuse. Quels sont ces muscles ?

D'après toutes les observations nous pouvons conclure que ce sont ceux qui concourent aux mouvements d'extension de l'avant-bras seulement, ou bien encore aux mouvements combinés d'extension et de préhension.

Quand un malade se présente, il a son avant-bras en demi-flexion supprimant ainsi ou atténuant son épicondylalgie. Si on lui ordonne de mettre son avant-bras en extension il ne le peut ou s'il y arrive ce n'est qu'au prix de très vives douleurs. Lui fait-on serrer la main qu'on lui tend, la douleur s'accuse encore très intense.

Enfin il nous reste à voir quel est l'état de la sensibilité aussi bien au froid et à la douleur que de la sensibilité tactile. Nous ne relevons rien de particulier dans les observations citées. Pour notre part nous avons examiné minutieusement les malades à ce point de vue et nous avons trouvé l'état de ces différentes sensibilités absolument normal.

Résumons maintenant et voyons quels symptômes doit présenter un malade atteint de cette affection. Il doit avoir :

- 1° L'Epicondylalgie pouvant s'irradier aux muscles épicondyliens et à la tête du Radius ;
- 2° Une diminution de force musculaire dans l'avant-bras

3° Une impotence fonctionnelle dans les mouvements d'extension avec préhension.

En possession de ces signes principaux, quand n'on n'a trouvé à l'inspection ni déformation, ni gonflement, ni rougeur de la partie douloureuse, ni troubles trophiques ni troubles sensitifs, et qu'aucun symptôme de paralysie n'est constaté, le diagnostic s'impose.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC.

Avec quoi peut-on confondre cette affection douloureuse de l'avant-bras ?

Dans la tenosite nous avons bien une douleur, mais elle est accompagnée de crépitation, de rougeur et de gonflement, qu'on ne rencontre pas dans l'Epicondylagie.

La myosite se traduit par une douleur au niveau des muscles enflammés, mais ceux-là forment un relief plus dur qu'à l'état normal, leurs mouvements spontanés sont impossibles.

Y a-t-il un point d'ostéite ? Nous avons là aussi un symptôme commun. L'ostéite en diffère par le gonflement et le défaut d'élasticité. La peau est tendue et luisante, souvent la température s'élève au niveau de l'inflammation avec une légère réaction fébrile. Rien de tout cela n'est constaté dans l'épicondylalgie.

Sommes-nous en face de l'inflammation d'une bourse séreuse sous-tendineuse ? Nous avons encore là une douleur très vive augmentant par la pression rendant difficiles les mouvements. Mais à côté, il y a une augmentation de volume de cette bourse formant une légère tumeur. La peau se rougit et perd sa mobilité.

Nous avons deux symptômes communs à l'arthrite et à l'épicondylalgie, la douleur et la position intermédiaire à la flexion et à l'extension.

La douleur de l'arthrite est très vive, elle s'exaspère sous l'influence du mouvement le plus léger ; elle semble s'accroître avec l'épanchement qui l'accompagne.

L'attitude du bras dans l'arthrite ressemble à celle de l'épicondylalgie. Mais ces deux symptômes sont toujours accompagnés dans l'arthrite de gonflement, de rougeur plus ou moins forte. Ajoutant à ces signes différentiels les symptômes généraux il est impossible de confondre les deux affections.

Nous voyons que le diagnostic est facile et qu'on ne pourra confondre l'épicondylalgie avec aucune affection douloureuse de l'avant-bras.

CHAPITRE VI

ÉTIOLOGIE

L'épicondylalgie est plus fréquente chez l'homme que chez la femme. D'après notre statistique basée sur les 22 observations citées dans notre travail, nous trouvons 17 hommes pour 5 femmes. La proportion est donc de 1/4 de femmes pour 3/4 d'hommes.

C'est surtout à l'âge adulte qu'on rencontre cette affection.

Cette fréquence plus grande chez l'homme résulte précisément de son état social. En général l'homme est appelé à faire des travaux manuels auxquels la femme ne se livre que rarement. De là cette proportion.

Il n'y a point de métier spécial qui prédispose à cette affection. Tous les travaux qui nécessitent la mise en jeu de la masse musculaire épicondylienne peuvent déterminer cette épicondylalgie.

Aussi à côté des maîtres d'armes que signale Couderc, voit-on des violonistes, des paysans faisant le gaulage des noix et la taille du mûrier, des cochers maniant le fouet d'une façon inmodérée, notre corroyeur, notre peintre, notre plongeur, notre trieuse de pois, et notre

placière ; enfin les employés de buanderie signalés par M. Féré. « La douleur, dit M. Féré, se manifeste chez « ceux qui étendent le linge ou chez ceux qui portent le « linge blanchi sur les avant-bras fléchis en supination, « c'est principalement dans le dernier que la douleur se « manifeste brusquement soit quand le chargement devient « trop considérable à la suite d'additions successives, « soit lorsqu'un supplément de charge tombe brusque-
« ment ».

L'épicondylalgie est plus fréquente, à droite qu'à gauche d'après M. Molle. Voici notre statistique sur 22 cas, nous trouvons l'affection localisée 10 fois à gauche et 11 fois à droite.

M. Couderc nous donne 6 cas à droite.

M. Féré nous donne 6 cas à gauche,
2 cas à droite.

M. Triboulet nous donne 1 cas à droite.

M. Raymond nous donne 1 cas à gauche.

Enfin nous avons 2 cas à gauche et
4 cas à droite.

La localisation se répartit à peu près également des deux côtés.

Parmi les 22 malades nous en trouvons huit avec des antécédents rhumatismaux, cinq épileptiques et trois syphilitiques. Les autres n'offrent rien de particulier dans leurs antécédents.

CHAPITRE VII

PATHOGÉNIE.

Quelle est la pathogénie de cette affection douloureuse? Sommes-nous en présence d'une « névralgie professionnelle », comme l'ont appelée MM. Bernhardt et Molle, d'une amyosthénie, d'une rupture tendineuse ou musculaire ou bien encore d'une névrite ?

Cette affection n'est pas une névralgie de l'avant-bras; car, dit M. Féré « s'il n'est pas douteux que la douleur est « liée à la présence des nerfs il n'est pas moins certain « qu'elle ne peut pas être rattachée à une lésion d'un « cordon nerveux déterminé, l'affection ne saurait donc « répondre au terme de névralgie, c'est une douleur, une « algie qui siège avec une prédominance marquée au niveau de l'épicondyle. Cette douleur épicondylienne ne « répond pas à la définition des névroses fonctionnelles « qui ne se manifestent qu'à propos de l'exercice d'une « fonction spéciale.

Est-ce un épuisement musculaire, qu'il soit survenu brusquement ou lentement, est-ce une amyosthénie ?

L'hypothèse est séduisante. Cette affection douloureuse pourrait se rapprocher de la douleur que l'on rencontre dans tous les muscles qui ont trop fonctionné. Ce serait

un épuisement musculaire qui plus intense que la simple fatigue, n'irait cependant pas jusqu'à la crampe. Ce serait pour ainsi dire un moyen terme, un état intermédiaire.

Par suite du fonctionnement exagéré des muscles, nous savons qu'il se produit des substances toxiques qui sont de véritables poisons et dont l'action se fait sentir sur l'élément fibrillaire en le rendant douloureux. C'est là la douleur des chasseurs et des coureurs pouvant quelquefois être suivies de véritables crampes.

Epuisé, le muscle refuserait de fonctionner normalement, ce qui constituerait la parésie et même pourrait aller jusqu'à la véritable paralysie.

Alors, pourquoi tel individu serait-il plus prédisposé que tel autre qui fera le même travail, aura la même fatigue.

C'est là, nouvelle hypothèse, qu'on pourrait faire intervenir les névrites et rechercher les causes premières, les véritables causes déterminantes : l'alcoolisme, le saturnisme, la syphilis et l'hystérie.

M. Couderc dans sa thèse émet l'idée que la douleur est le résultat de la rupture ou de la distension des fibres tendineuses ou musculaires.

Dans ce cas nous devrions constater une ecchymose ainsi qu'une légère déformation.

Il est vrai que M. Couderc dans ses deux premières observations signale, un peu de gonflement au point où se produisit la douleur, mais c'est le malade qui, cinq ans après, le lui raconte.

M. Couderc n'a pu le constater lui-même et a dû s'en rapporter au malade. Dans la seconde observation on ne

peut non plus affirmer l'existence du gonflement puisque le malade en a encore été le seul témoin.

Il en fait une ténosite consécutive à une rupture tendineuse voilà comment : « Si dans une rupture musculaire, « cela est suffisamment démontré, il se produit une myosite « consécutive ; pourquoi à la suite d'une rupture tendi- « neuse ne pourrait-il pas exister une ténosite et par pro- « pagation une myosite d'ailleurs assez limitée dans notre « cas. »

Nous l'avons dit plus haut, il ne s'agit pas là de ténosite ni de myosite consécutive car nous ne trouvons dans l'affection qui nous occupe ni rougeur, ni gonflement, ni relief plus considérable des muscles.

En admettant que la conception de M. Couderc puisse expliquer cette épicondylalgie consécutive à un effort violent, comment expliquer la rupture tendineuse et musculaire dans les cas où il n'y a eu aucun effort, et où cette douleur ne survient qu'à la suite de mouvements modérés mais répétés comme dans les observations de M. Molle et nos observations.

Le pronostic n'offre aucune gravité. Cependant si les malades n'ont aucune complication à redouter, leur impotence fonctionnelle est suffisante pour leur faire interrompre tout travail.

La durée de cette affection est variable, et si parfois elle ne dure que quelques jours comme dans les cas cités par M. Féré elle va aussi jusqu'à persister six mois. C'est la durée la plus longue que nous ayons constatée.

Malgré la bénignité de cette affection il faut intervenir le plus tôt possible.

CHAPITRE VIII

TRAITEMENT

Nous n'avons pas la prétention d'instituer un traitement infailible. Nous allons nous borner à signaler les résultats satisfaisants obtenus par le repos et le massage.

Quatre des malades dont nous avons exposé les observations plus haut ont été traités et guéris par ce traitement. Les deux premiers sont les malades de MM. Paul Raymond et Triboulet (Observations XV et XVI. Les deux autres sont les malades des observations XVIII et XIX, malades que nous avons massés et suivis.

La malade de l'observation XVIII est une femme, elle présentait à la suite du surmenage de son bras droit tous les symptômes de l'épicondylalgie:

Elle avait consulté antérieurement et avait pris du salicylate de soude, de l'antipyrine, on lui avait fait de la révulsion, pointes de feu et vésicatoires. Elle souffrait toujours.

Connaissant les résultats obtenus chez les malades des observations XV et XVI nous lui fîmes du massage, lui conseillant en même temps un repos absolu.

Les séances furent faites pendant quinze jours, une pa

jour, leur durée ne dépassait pas 1/4 heure. Les manœuvres consistaient en effleurage et pétrissage légers ; après chaque séance la malade accusait dans l'avant-bras un bien-être auquel elle n'était pas habituée, enfin au bout de 15 séances notre malade put reprendre ses occupations.

La deuxième observation est celle d'un jeune homme de 15 ans plongeur de son métier.

La douleur datait d'un mois. On lui fit suivre le même traitement. Repos et massage et après la dixième séance le malade pouvait serrer la main sans douleur et supporter la pression sur l'épicondyle. Il a repris son travail.

Nous croyons aussi qu'il faut bien s'assurer des antécédents des malades et rechercher s'il n'existe point de syphilis, d'alcoolisme, de saturnisme ou d'hystérie.

Ce qui le prouve c'est le cas enregistré par M. Molle d'un syphilitique chez lequel il avait constaté de l'épicondylalgie et qui guérit par le traitement spécifique.

« Chez un de mes malades, ancien syphilitique, qui
« avait des exacerbations nocturnes, dit-il, j'ai prescrit
« avec succès le sirop de Gibert.

CONCLUSIONS

1° Il existe une affection douloureuse de l'avant-bras limitée à l'épicondyle, au territoire des muscles épicondyliens et quelquefois à la tête du radius.

2° Cette affection a un signe pathognomonique qui est l'épicondylalgie.

3° On peut obtenir de bons résultats dans le traitement de cette affection par le repos et le massage.

BIBLIOGRAPHIE

- BERNHARDT. — Ueber eine wenig bekannte Form der beschäftigungsneuralgie (Neurologie, Centralblatt, 1896, page 13.
MOLLE. — De la névralgie épicondylienne (Loire médicale, 1896).
COUDERC. — Etude sur un nouvel accident professionnel des maîtres d'armes dû à la rupture probable et partielle du tendon épicondylien. (Thèse de Bordeaux, décembre 1896).
FÉRÉ. — De l'épicondylalgie (Revue de Médecine, février 1897).
-

Vu par le président de la thèse
JOFFROY.

Vu : par le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
GREARD.

